**SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE**
**DE PARIS**

EXTRAIT

# Volumineux abcès encapsulé du lobe temporal droit consécutif à une otite latente chez un enfant. Ablation d'une seule pièce sans drainage. Guérison.

PAR MM.

**E. LESNÉ, M. DAVID, Cl. LAUNAY et H. ASKENASY**

(*Société de Pédiatrie de Paris*, t. XXXIV, n° 1, Janvier 1936.)

MASSON ET C$^{ie}$, ÉDITEURS
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS (VI$^{e}$)

## Volumineux abcès encapsulé du lobe temporal droit consécutif à une otite latente chez un enfant. Ablation d'une seule pièce sans drainage. Guérison.

Par MM.

E. Lesné, M. David, Cl. Launay et H. Askenasy.

L'enfant que nous vous présentons aujourd'hui était atteinte d'un abcès du lobe temporal droit. Cet abcès, *très vraisemblablement consécutif à une otite latente*, était vieux de moins de 10 semaines. Il était cependant *nettement encapsulé.* Quoique sa coque fût encore mince et qu'il fût volumineux (il pèse 110 gr.), il a pu, après incision du lobe temporal, être enlevé *d'une seule pièce, sans être ouvert.* Le volet a été rabattu, *sans drainage ;* la plaie a cicatrisé par première intention, et la guérison a été rapidement obtenue. Elle se maintient totale, depuis plus de 6 mois.

Cette observation, outre son incontestable intérêt opératoire, présente plusieurs autres caractères très particuliers sur lesquels nous désirons insister :

I. *Sa rareté.* — Les cas rapportés d'*abcès otitique chez l'enfant aboutissant à une encapsulation parfaite et guéri après ablation d'une seule pièce* sont extrêmement rares dans la litérature.

II. *L'évolution clinique très spéciale de la maladie,* caractérisée par deux poussées (épisode initial d'allure méningo-encéphalitique, épisode ultérieur pseudo-tumoral) séparées par une période d'accalmie de cinq semaines où la plupart des symptômes, en particulier la stase papillaire, ont progressivement régressé.

III. *L'importance du rôle joué par la disjonction des sutures craniennes,* réalisant en quelque sorte une *véritable trépanation décompressive spontanée* et permettant, sans doute, d'expliquer partiellement la rétrocession passagère des signes cliniques d'hypertension intra-cranienne ainsi que la tendance de l'abcès à l'encapsulation.

IV. *La guérison complète et rapide sans aucune séquelle* vaut d'être soulignée. Elle semble commandée par la technique opératoire (ablation d'une seule pièce, fermeture sans drainage).

*Voici l'observation :*

L'enfant *Raymonde G...*, âgée de 11 ans, est envoyée le 30 juillet 1935, dans le service neuro-chirurgical du docteur Clovis Vincent, à l'hôpital de la Pitié, par les docteurs Lesné et Launay, avec le diagnostic probable de tumeur du cerveau.

Les premiers symptômes remontent à la fin du mois de mai. L'enfant accuse à ce moment de *vives douleurs dans les deux oreilles,* mais surtout à droite. En même temps l'enfant remarque « qu'elle est presque sourde ». On ne constate cependant aucun écoulement auriculaire pendant cette période. Au bout de 8-10 jours l'otalgie s'atténue, mais l'enfant commence à se plaindre d'une céphalée frontale, d'abord peu intense mais devenant d'une violence extrême au bout de quelques jours. L'intensité de la céphalée ne varie pas avec les positions de la tête et ne gêne pas le sommeil. En même temps, apparaissent des vomissements en fusée, précédés de nausées et survenant d'une façon systématique après chaque repas. L'enfant est somnolente et cette somnolence augmente de jour en jour, si bien que le 9 juin 1935, date à laquelle la petite malade entre à l'hôpital Trousseau, elle est dans un état voisin du coma.

Quand on l'examine, le tableau est celui d'une *méningite aiguë :* torpeur accentuée, réponses confuses et monosyllabiques, raideur généralisée. Le pouls bat à 40; on constate, en outre, une légère hémiparésie gauche, avec réflexe cutané plantaire gauche en extension, et une paralysie du VI$^{e}$ droit. La ponction lombaire montre un liquide louche contenant 150 éléments (polynucléaires intacts, lymphocytes, cellules endothéliales), albumine 0,30; sucre 0,71.

L'examen oculaire pratiqué le 11 juin révèle un *œdème papillaire,* plus marqué à droite, avec quelques petites hémorragies.

Du 9 juin au milieu du mois de juillet, l'*état s'améliore progressivement et les signes s'atténuent.* L'hémiparésie gauche diminue de même que la paralysie du VI$^{e}$ droit, mais la raideur de la nuque persiste. L'évolution est suivie pendant toute cette période par des ponctions lombaires répétées; tout d'abord la réaction leucocytaire augmente pour s'abaisser ensuite (39 éléments le 14 juin; 48 éléments le 30 juin; 51 éléments le 4 juillet; 23 éléments le

19 juillet). L'albuminorachie oscille pendant tout ce temps entre 0 gr. 30 et 0 gr. 40. Le Bordet-Wassermann est toujours négatif. L'examen direct ainsi que les cultures ne montrent aucun germe.

*Parallèlement la stase diminue peu à peu pour disparaître complètement le* 8 *juillet.* On croit la malade en voie de guérison.

Néanmoins de temps à autre, toutes les semaines environ, l'enfant présente *des crises de céphalée avec torpeur et raideur.* Pendant ces crises, la tension du liquide céphalo-rachidien, prise au manomètre de Claude, s'élève à 50 en position couchée, alors qu'elle était aux environs de 30 dans l'intervalle des crises de céphalée.

L'évolution favorable ne se poursuivit pas. Le 20 juillet, l'aggravation se précise, la stase papillaire réapparaît le 29 juillet, et on note une paralysie du VI^e^ gauche. Cependant la ponction lombaire montre un liquide clair contenant seulement 10 éléments. L'albumine y est peu augmentée. Il faut signaler qu'en moins de deux mois l'*enfant a maigri de* 10 *kilos.*

La malade est alors adressée dans le service neuro-chirurgical de l'hôpital de la Pitié.

On est en présence d'une fillette dont l'état général ne paraît pas très touché mais dont la torpeur est manifeste. A part un syndrome méningé discret, une hémiparésie gauche légère avec extension de l'orteil du même côté, l'examen neurologique systématique est entièrement négatif.

*Examen oculaire* (docteur Parfonry) : V. O. D. G. : 5/10; réflexes normaux; paralysie des deux VI; Fond d'œil: léger œdème papillaire bilatéral.

*Examen oto-rhino-laryngologique* (docteur Winter) : Tympans normaux. Audition normale. Nez et pharynx : O. Nystagmus dans les deux positions latérales du regard. Déviation spontanée du bras gauche vers la gauche.

*Radiographie* (2 août 1935) : les clichés ne montrent aucun aspect anormal des parois craniennes. La vascularisation est normale. La selle turcique n'est pas altérée. On ne constate pas de digitations, mais, *et nous voulons insister sur ce point, il existe une très nette disjonction des sutures et particulièrement des sutures fronto-pariétales* (fig. 1). *Cette disjonction n'existait pas sur les radiographies prises en juin. Elle débutait sur celles de juillet* (8 juillet).

Examen du sang : Hématies : 4.680.000; leucocytes : 10.000; hémoblobine : 90 p. 100; temps de saignement : 2 minutes ; polynucléaires neutrophiles : 73; basophiles : 0; éosinophiles : 2; grands mononucléaires : 10; moyens mononucléaires : 8; lymphocytes : 7.

Le diagnostic était hésitant entre une méningo-encéphalite et une néoformation cérébrale. Dans la seconde hypothèse, l'évolution par poussées inflammatoires faisait penser qu'il s'agissait plutôt d'un abcès ou d'un tubercule, dont la localisation restait à déterminer.



Fig. 1. — Radiographie du crâne prise 3 jours avant l'intervention. Il existe une disjonction des sutures, particulièrement des sutures fronto-pariétales.

Dans le double but de préciser la nature et la localisation de la lésion, une ventriculographie fut pratiquée le 5 août 1935.

*Ventriculographie :* Trépano-ponction occipitale bilatérale; e ventricule n'est pas trouvé à droite, il est facilement ponctionné à gauche, où il est injecté 25 centimètres cubes d'air. Sur les clichés pris nuque sur plaque (fig. 2) les deux cornes frontales sont injectées; la corne frontale droite est refoulée à gauche de

la ligne médiane, elle est aplatie et affecte la forme d'une virgule verticale à grosse extrémité supérieure; la corne frontale gauche et le 3e ventricule sont déviés vers la gauche; sur les clichés front sur plaque, seule la corne occipitale gauche est injec-

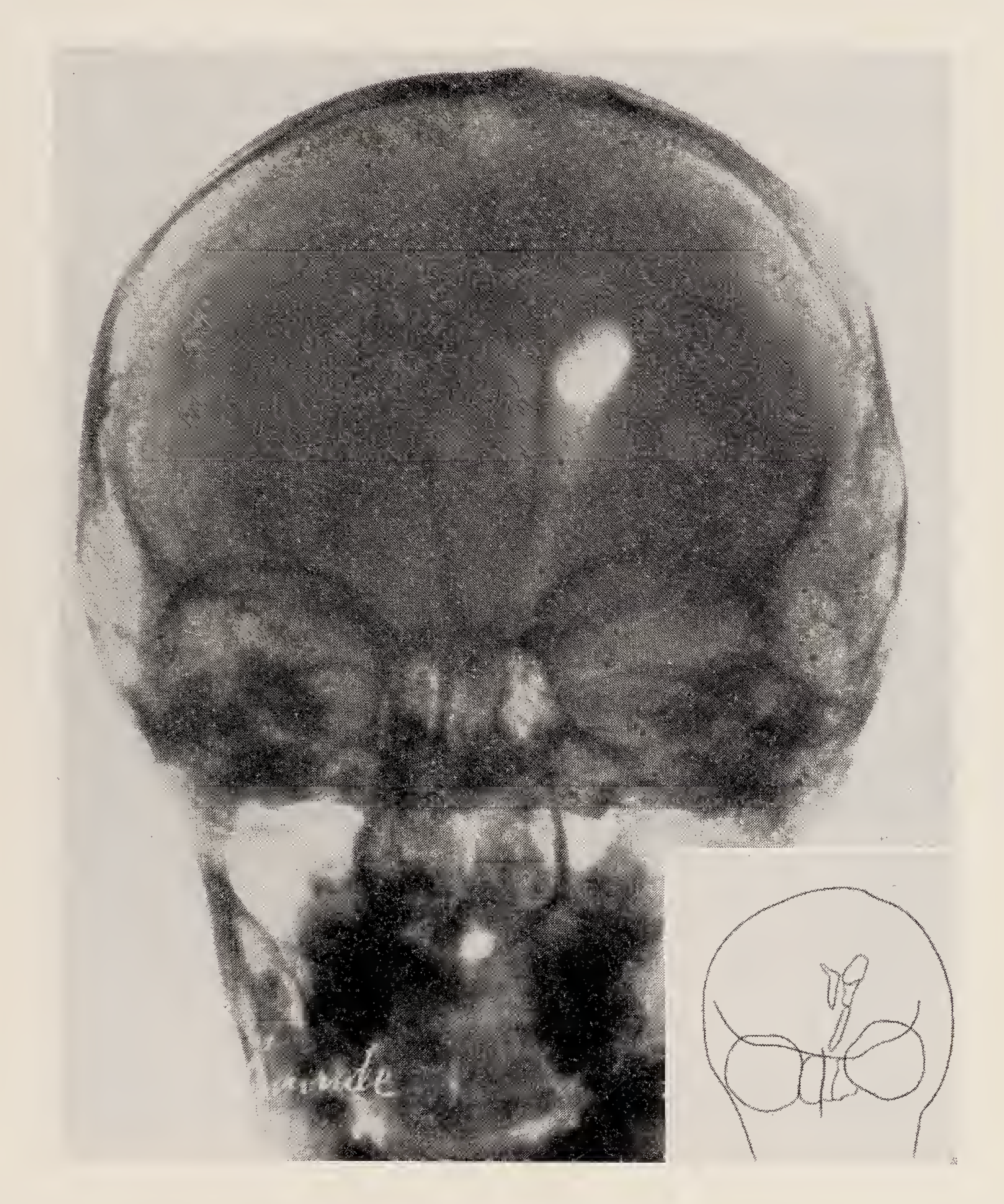


Fig. 2. — *Ventriculographie.* Position nuque sur plaque. — La corne frontale droite est repoussée à gauche de la ligne médiane. Elle est aplatie et déformée en virgule à tête supérieure, à concavité droite. Le 3e ventricule est refoulé à gauche.

tée; elle est dilatée mais de contours sensiblement normaux; sur les profils côté gauche sur plaque, le corps du ventricule, la corne frontale et la corne occipitale sont bien injectés; la corne temporale a disparu (fig. 3), alors qu'elle existe sur les profils côté droit sur plaque. La position oblique, enfin, fait apparaître l'in-

jection du seul ventricule gauche; la corne occipitale de celui-ci est en place mais le corps, et la corne frontale sont repoussés très à gauche de la ligne médiane.

De telles images permettent de préciser qu'il s'agit d'une néofor-



Fig. 3. — *Ventriculographie.* Profil, côté gauche sur plaque. — La corne temporale a disparu. Les cornes frontale et occipitale ainsi que le corps du ventricule sont bien injectés et de contours normaux. Remarquer aussi la disjonction des sutures craniennes.

mation et qu'elle est située dans la région fronto-temporale droite.

*Intervention,* par les docteurs M. David et H. Askenasy, le 5 août 1935, dans le Service neuro-chirurgical de l'hôpital de la Pitié. Anesthésie locale; position couchée; durée 3 h. 15. Un large volet ostéoplastique fronto-temporal droit est rabattu sans difficulté. La dure-mère est excessivement tendue. La ponc-

tion de la corne frontale est négative. Plusieurs ponctions pratiquées avec le trocart mousse dans le lobe frontal, à travers la dure-mère, ne révèlent rien. Par contre, une ponction pratiquée au niveau de la pointe du lobe temporal donne, à 1 centimètre de profondeur, une sensation de résistance particulière. Comme

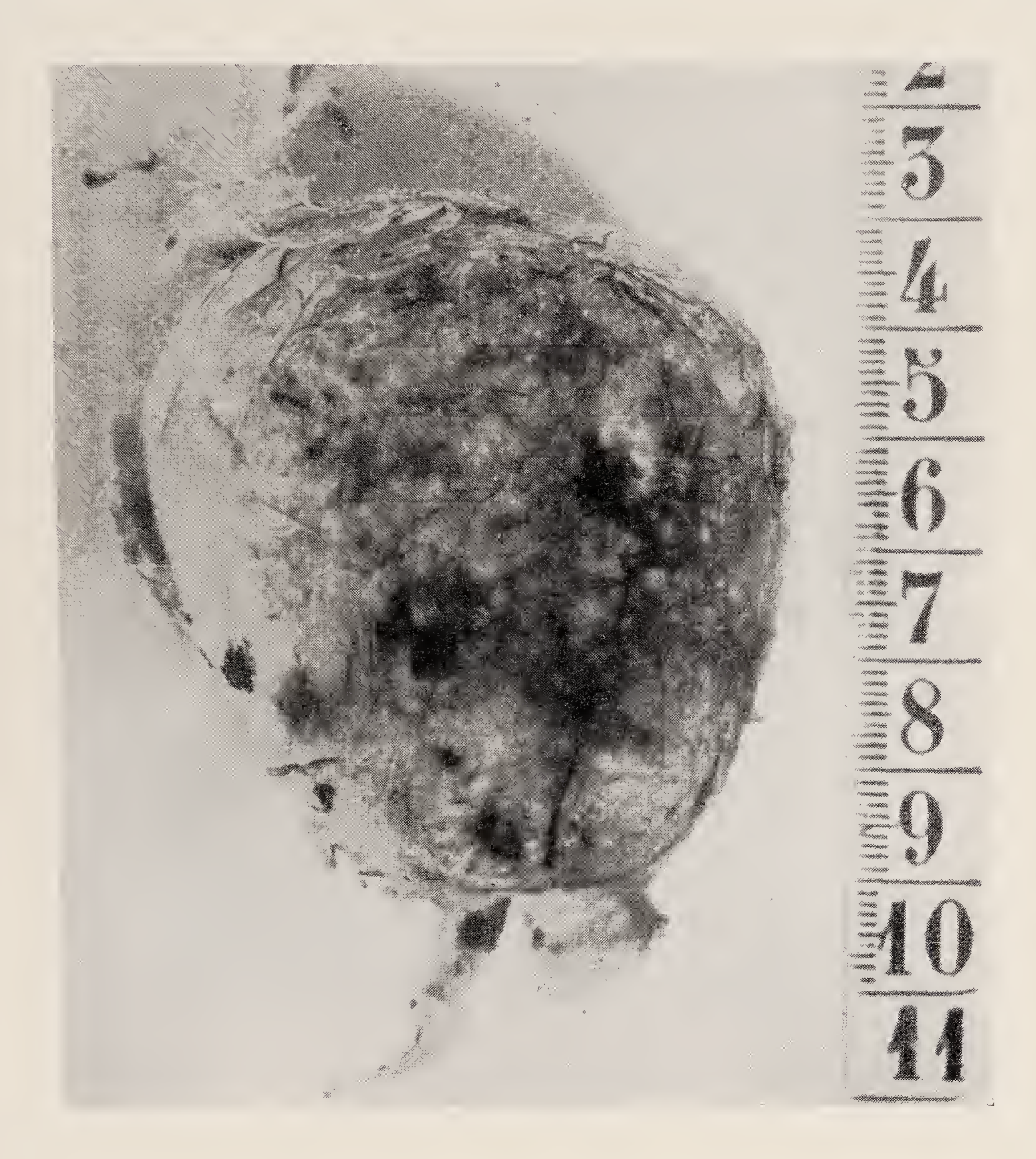



Fig. 4. — L'abcès enlevé d'une seule pièce avec sa coque, sans être ouvert. Poids : 110 grammes.

on redoute un abcès, on se garde bien d'insister. Incision de la dure-mère de manière à découvrir le lobe temporal et la partie inférieure du lobe frontal. Le lobe temporal apparaît œdémateux, les circonvolutions sont jaunes, aplaties, dilatées. La scissure de Sylvius est très remontée. Incision de la pointe du lobe temporal; à 1 centimètre de profondeur, on tombe sur une *coque* de coloration gris-rougeâtre donnant au doigt qui la palpe une sensation

de rénitence. On acquiert ainsi la notion qu'il s'agit d'un abcès. La paroi apparaît assez mince et on doit prendre beaucoup de soin pour ne pas la rompre en la disséquant du tissu cérébral adjacent. En haut, l'abcès refoule le lobe frontal, en bas *il adhère au plancher de la fosse temporale,* dont on doit réséquer toute la paroi externe; en avant, l'abcès, du volume d'une mandarine, *adhère à la plus grande partie de la petite aile du sphénoïde,* au



Fig. 5. — Photographie de l'enfant un mois après l'intervention. — Le volet osseux a été remis en place sans drainage. La cicatrice cutanée est presque invisible.

niveau de laquelle il reçoit de nombreux vaisseaux. On arrive peu à peu à faire le tour de la coque en utilisant, soit la fine pince électro-coagulante, soit le décolle-dure-mère mousse, soit l'index. L'abcès est alors enlevé d'une seule pièce. Gros comme une petite orange (fig. 4), il pèse 110 grammes. Hémostase de la cavité, remise en place du volet osseux. Sutures des plans superficiels. Pas de drainage.

*L'examen bactériologique* du pus, prélevé à l'aide d'une pipette (ponction de l'abcès), montre la présence de nombreux germes

ayant la forme, les uns de longues chaînettes, les autres de diplocoques. Il existe également des cocci plus petits. Tous ces germes prennent le Gram.

Ensemencement sur bouillon et sur gélose; cultures sur bouillon : bouillon clair avec gros dépôt au fond du tube; après agitation, aspect moiré; à la coloration de Gram : présence de microbes en chaînettes. En conclusion, flore polymicrobienne, mais surtout des streptocoques et des staphylocoques.

*Suites opératoires :* L'enfant est remise parfaitement consciente dans son lit. La température est de 37°,8; la respiration est à 18, le pouls bat à 150.

Dès le lendemain, on constate un très gros œdème de la face. Celui-ci ne semble pas de nature infectieuse, mais traduit seulement le passage dans les plans sous-cutanés d'une abondante quantité de liquide céphalo-rachidien. Cette hypersécrétion de liquide céphalo-rachidien persiste pendant 10 jours et nécessite des ponctions bi-quotidiennes au niveau des sutures. La quantité de liquide retirée les premiers jours est supérieure à 100 centimètres cubes. Le 4e jour la température s'élève à 40°, l'enfant est plus fatiguée, mais la respiration est à 24 et la déglutition se fait bien; la conscience est parfaite. Il n'y a ni signe de Kernig, ni raideur de la nuque. Les jours suivants, la température s'abaisse, l'œdème de la face régresse, l'hypersécrétion de liquide diminue.

La température retombe à la normale le 14 août et l'enfant se lève le 24 août 1935. Actuellement (janvier 1936), elle se comporte tout à fait normalement; elle a grossi de 8 kgr., c'est une grosse fille splendide. La stase papillaire a disparu. L'examen neurologique se montre normal, mise à part une très légère parésie faciale centrale gauche. La cicatrice est invisible et le volet n'est pas soulevé (fig. 5).

## Commentaires :

L'observation qui précède nous suggère des réflexions de plusieurs ordres : clinique, anatomique et opératoire.

*Au point de vue clinique :* Deux points nous frappent surtout : *l'étiologie* et *l'évolution.*

Il apparaît tout à fait vraisemblable que la cause de l'abcès soit attribuée à *une otite latente.* On ne relève, en effet, dans les antécédents de l'enfant, aucune autre étiologie susceptible d'ex-

pliquer la genèse de l'abcès. « La jeune malade a ressenti brusquement, à la suite « d'un petit rhume », de vives douleurs dans les oreilles qui « l'ont rendue presque sourde ». L'otalgie a été maxima à droite, côté où s'est développé l'abcès. Celui-ci s'est localisé au lobe temporal comme un abcès d'origine otitique. L'adhérence de la coque de l'abcès au plancher de la fosse temporale est encore un argument en faveur de l'origine otitique.

Il semble, d'ailleurs, et Clovis Vincent insiste sur ce point, que les *otites* et les *sinusites latentes* soient moins rares qu'on ne le croit habituellement. Elles sont souvent à la base de certains abcès du cerveau dont l'étiologie paraît indéterminée. C'est ainsi que Clovis Vincent et M. David (1) ont récemment rapporté l'histoire d'une jeune fille atteinte d'un volumineux abcès frontal gauche, et dans les antécédents de laquelle on ne trouvait aucun épisode infectieux, si ce n'est, une semaine avant l'apparition des céphalées, la constatation d'un *œdème périorbitaire gauche* qui persista, isolé, pendant 8 jours et semble avoir été témoin d'une sinusite latente.

*L'évolution de l'affection a été assez particulière.* En effet, après une période initiale d'allure méningo-encéphalique qui dura un mois environ (du 10 mai au 9 juin) *et où il fut constaté de la stase papillaire,* l'état s'améliora progressivement, tant au point de vue clinique qu'au point de vue oculaire, *et la stase papillaire, après avoir diminué peu à peu, disparut le* 8 *juillet.* Cette accalmie, qui se poursuivit pendant 5 semaines, ne persista pas. Dans la dernière semaine de juillet, les signes d'hypertension intra-cranienne réapparurent; on nota une paralysie du droit externe gauche et *on constata, à nouveau, de la stase papillaire.* Mais alors que dans la première phase l'aspect était celui d'une méningo-encéphalite avec stase et que la réaction du liquide céphalo-rachidien était assez marquée, dans la deuxième, l'allure clinique se rapprochait de celle d'une

(1) Cl. Vincent et M. David, Sur l'ablation en masse, sans drainage, des abcès des hémisphères cérébraux. *Revue d'oto-neuro-ophtalmologie*, novembre 1935.

tumeur cérébrale et le liquide céphalo-rachidien ne montrait plus qu'une leucocytose très atténuée (1).

Sans vouloir mésestimer l'importance du rôle joué par l'atténuation progressive de la virulence des germes (2) dans la production de cette accalmie, nous ne pouvons nous empêcher de penser que *la trépanation décompressive spontanée réalisée par la disjonction des sutures craniennes* est pour quelque chose dans la rétrocession passagère des signes d'hypertension intra-cranienne, de la stase papillaire en particulier.

Il est possible, en effet, de suivre la marche de cette *auto-trépanation* sur des radiographies successives du crâne. Sur les films pris en juin, le crâne n'est pas disjoint; la disjonction des sutures fronto-pariétales existe sur les radiographies prises au début de juillet; elle est manifeste sur les films du 27 juillet et du 2 août.

Le succès opératoire remporté ici d'une manière si rapide et si complète tient essentiellement à ce que *l'abcès était encapsulé*. Il a pu, de ce fait, être enlevé comme une tumeur, d'une seule pièce et sans drainage, ainsi que Puech et Chavany (3), Cairus et Donald (4), Dandy (5), l'ont montré récemment pour certains *abcès post-traumatiques ou métastatiques*, et comme Clovis Vincent et Marcel David (6) l'ont fait en cas d'abcès d'*origine sinusienne*.

Malheureusement, dira-t-on, à l'inverse des abcès traumatiques et métastatiques, les abcès d'origine otitique sont exceptionnellement encapsulés. C'est ainsi que dans leur rapport récent et si documenté, MM. Ramadier, Caussé, André-Thomas,

(1) Cl. Vincent et M. David, *loc. cit. Revue d'oto-neuro-oculistique*, novembre 1935.

(2) Le pus contenu dans l'abcès était constitué par des germes variés et encore virulents.

(3) Puech et Chavany, Le traitement chirurgical des abcès encapsulés du cerveau. *Revue neurologique*, n° 6, décembre 1934. — Voir aussi : Puech, Eliades et Askenasy, Les abcès du cerveau; diagnostic et indications thérapeutiques. *Annales de Thérapie biologique*, juin 1935.

(4) Hugh Cairns and Charles Donald, The diagnosis and treatment of abscess of the brain. *Royal Society of Medicine*, octobre 1934, vol. **27**.

(5) Dandy (W. E.), *Practice of surgery*, Hagerstown, 1932.

(6) Clovis Vincent et Marcel David, Abcès subaigus du cerveau enlevés d'une seule pièce. *Société de neurologie*, janvier 1935.

Barré et Velter (1), tout en jugeant « l'existence d'abcès encapsulés temporaux d'origine otitique comme indéniable, l'estiment néanmoins fort rare ». De plus, diront les auristes, « l'abcès dont l'observation est relatée plus haut est d'une forme toute différente de celles que nous avons l'habitude d'observer et de traiter ».

A ceci nous répondrons, avec Cl. Vincent et M. David (2), que « si, à la période où les auristes opèrent les abcès du cerveau, il n'y a pas ou il n'y a que peu de coque,... il suffirait cependant d'attendre 15 à 20 jours, pour qu'il y en ait une... ».

Nous répondrons aussi que, si la forme latente que nous venons de décrire n'est pas celle que voient, en général, les otologistes, David, Pétel et Askenasy ont rapporté à la même séance, l'observation d'un abcès encapsulé guéri par ablation d'une seule pièce, et qui était consécutif à une otorrhée purulente manifeste.

Nous ajouterons enfin que, dans un cas de Clovis Vincent (3) l'abcès était apparu au cours d'une otite moyenne compliquée de mastoïdite et qu'il possédait une coque, dès la cinquième semaine.

De plus, Cl. Vincent, dans un travail récent écrit en collaboration avec M. David, a montré qu'il était possible d'étendre à un plus grand nombre d'abcès otitiques subaigus la méthode de l'ablation en masse sans drainage. Pour permettre la formation d'une coque sans faire courir de danger mortel au malade il préconise, dans un premier temps, la taille d'un large volet décompressif sans ouverture de la dure-mère, sur l'emplacement de l'abcès, combinée à la ponction trans-dure-mérienne de celui-ci. Un véritable « mûrissement artificiel » de l'abcès est ainsi réalisé. Dans un 2e temps, l'abcès est enlevé d'une seule pièce.

(1) Ramadier, Caussé, André-Thomas, Barré et Velter, *Rev. d'O. N. O.*, t. **13**, 1935, p. 1 et 2.

(2) Clovis Vincent et Marcel David, *loc. cit.*

(3) Cl. Vincent, M. David et H. Askenasy, Sur trois cas d'abcès encapsulés d'origine otitique, guéris par ablation d'une seule pièce et sans drainage. *Société d'oto-neuro-ophtalmologie*, janvier 1936.

Dans notre cas, il semble que la disjonction des sutures, en constituant une véritable *trépanation décompressive spontanée*, ait favorisé l'encapsulation. L'abcès, vieux de moins de dix semaines, avait une coque, mince il est vrai, mais suffisamment résistante cependant, pour ne pas être ouverte lors de l'intervention.

Nous terminerons en insistant sur le fait que l'ablation en masse de l'abcès *met à l'abri des rechutes et des séquelles*. La coque, que laisse en place le drainage, peut se comporter comme une membrane pyogène et être le point de départ de nouvelles suppurations plus ou moins tardives. De plus, elle forme un corps étranger intra-cérébral qui peut être générateur de troubles neurologiques variés tels que l'épilepsie, l'aphasie ou les troubles mentaux.

Nous ferons remarquer enfin qu'avec le cas de David, Pétel et Askenasy, notre observation constitue le premier cas français d'abcès d'origine otitique qui ait été enlevé d'une seule pièce et guéri chez des enfants.

*Société de Pédiatrie de Paris, séance du 21 janvier 1936.*

8-1-36. — Tours, Imprimerie Arrault et Cie. (Published in France.)